

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS  
EM SAÚDE

Juliana Cano do Couto

ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO:  
a relação entre os transtornos depressivos em jovens e os padrões atuais da adolescência: uma  
análise temporal, social e psicológica

Rio de Janeiro

2010

Juliana Cano do Couto

ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO:

a relação entre os transtornos depressivos em jovens e os padrões atuais da adolescência: uma análise temporal, social e psicológica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório em Bodiagnóstico em Saúde.

Orientadora: Nina Soalheiro

Rio de Janeiro

2010

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Juliana Cano do Couto

ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO:

a relação entre os transtornos depressivos em jovens e os padrões atuais da adolescência: uma análise temporal, social e psicológica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório em BIODIAGNÓSTICO em Saúde.

Orientadora: Nina Soalheiro

Aprovado em: 14/12/2010

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Dra. Nina Soalheiro – LABORAT/EPSJV/FIOCRUZ

---

Profª. Ms. Melissa Marsden – LCC/IOC/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Marco Aurélio Soares – LABORAT/EPSJV/FIOCRUZ

*Dedico este trabalho a meu avô*

*Joaquim Cano Montez.*

## AGRADECIMENTOS

Fazer os agradecimentos de algum trabalho é algo complicado. São inúmeras pessoas por trás de tal processo que é difícil “escolher” apenas algumas; assim como seria impossível registrar aqui meu agradecimento a cada uma delas.

Começo, então, agradecendo a meus pais (os dois, como uma unidade), sem cujo apoio eu não teria sequer conseguido estruturar essa monografia. Agradeço a eles não só isto, mas minha vida.

Ao meu pai. Só hoje começo a entender por que tantos dizem que somos parecidos. Inúmeras manias iguais, hábitos iguais, paixões iguais, visões de mundo semelhantes. Talvez seja esta a raiz de tantas desavenças entre nós. Entretanto, as brigas que sempre tivemos foram – e continuarão sendo - essenciais ao meu ser.

À minha mãe. Jamais consegui ficar mais de cinco minutos sem falar comigo, independente de qualquer discussão que tivéssemos. A ela agradeço não só minha vida, mas a mediação de minhas brigas com meu pai, tentando amenizar a situação. Só sendo muito calma mesmo para aguentar uma filha estressada, irritada e irritante. É um exemplo de caráter a ser seguido, definitivamente.

Agradeço aos meus avós, por terem me ajudado a criar as bases de meu caráter. Há, no entanto, dois agradecimentos especiais que não poderiam deixar de ser feitos: um deles é ao meu avô Joaquim, que nunca deixou de acreditar em mim e a quem devo os melhores conselhos e palavras nos momentos em que pensei em desistir de tudo; outro é ao meu avô José, que, em sua simplicidade e pouco estudo, talvez tenha ensinado a todos seus filhos e netos mais do que qualquer professor.

À minha irmã eu reservo um pequeno espaço, porém não menos importante. Se ela nunca tivesse me estressado, nem me afrontado, talvez eu não tivesse percebido um dos amores mais puros e mais intensos dessa vida. Deverei eternamente isso a ela.

Ao senhor Carlos Leonardo, meu terceiro pai para toda a vida. Os quatro anos que convivemos foram os mais significativos no que diz respeito à construção do que sou hoje. Alguém que me ensinou o quanto se pode amar e se importar com os outros, mesmo que estes sejam as pessoas mais difíceis de lidar.

À minhas orientadoras Melissa Marsden e Nina Soalheiro, devo grande parte desta monografia. Não fosse pela paciência delas principalmente com meu total desrespeito aos prazos (muitas vezes inconsciente, é verdade), é bem provável que este trabalho não tivesse conseguido o grau de desenvolvimento que apresenta hoje.

Agradeço ao Dream Theater, talvez a minha banda preferida. A eles devo muitos dos meus momentos de descontração, loucura, felicidade... suas músicas sempre me levando a lugares e estados de espírito que pouquíssimas outras conseguem. Além disso, algo muito importante: eles me proporcionaram conhecer pessoas maravilhosas num dos momentos em que isso era totalmente inesperado. Na fila do show aqui no Rio de Janeiro, em março deste ano, conheci algumas pessoas que, incrivelmente, se tornaram minhas grandes amigas.

No entanto, dentre tantas boas amizades feitas neste dia, há uma que seria impossível não destacar nestes agradecimentos: Igor Carrara. Certa vez, lembro-me de ter falado que ele não tem idéia do bem que me faz - e com certeza não tem. Talvez, hoje, seja ele um dos meus melhores amigos. Uma amizade construída a partir de conversas em MSN e telefone, já que só nos vimos mesmo três vezes, e que, apesar disso, se tornou tão forte e intensa quanto a com qualquer outra pessoa com quem eu tenha convívio e realmente me importe. Agradeço a ele todos os momentos em que ouviu meus problemas, minhas frescuras, minhas confusões, que me ajudou a descontrair, que acreditou em mim, me fez rir... enfim, foi o amigo no sentido mais completo que essa palavra possa ter.

À Larissa Barros, aquela amiga-irmã que, mesmo longe, sempre se fez presente.

À Deborah Alves, a risada mais escandalosa do metrô. Sempre. Dividiu micos e desesperos comigo. A que soube aturar meus dias de péssimo humor e me mostrava o lado bom das coisas.

À Jessica Fonseca, a rebelde mais querida, a que nunca deixou que eu esquecesse o quanto somos ligadas.

À Laís Albuquerque, minha pequena. É indescritível o sentimento de proteção, cuidado e afeto que sinto em relação a ela. Sempre tão preocupada, sempre tão presente, sempre tão responsável, é a minha consciência nos momentos em que nem pareço eu mesma.

Ao Pedro Henrique Batista, talvez minha maior decepção. Sempre contrário aos meus pareceres, nunca se deixou ser esquecido. A ele agradeço não só os momentos felizes como os de mais absoluta confusão e dúvida. Não fosse por ele, eu não seria nem metade do que sou. Obrigada é pouco para ele.

Ao Felipe Augustus, os momentos das mais intensas gargalhadas. Sempre tive nele a garantia de um sorriso largo e sincero estampado no rosto mesmo nos meus piores dias.

À Mariana Araujo, a maluca que sempre me estendeu a mão, mesmo quando eu estava errada. E que, com seu bom humor, torna meus dias bem menos penosos.

À Brenda Lopes, a desesperada que sempre soube me acalmar, me dar colo quando eu precisava e quem sempre teve uma paciência incrível com minhas crises.

Ana Paula Nascimento foi minha maior inquietação. Incoerente dos pés à cabeça, sempre soube interpretar como ninguém o que eu não conseguia dizer. Meu porto seguro, meu cais, quando eu sequer sabia encontrar o caminho de volta.

Ao Pedro Henrique Caldas, meu eterno Pedrinho. Devo a ele tantas desculpas quanto agradecimentos. Talvez ele tenha sido a pessoa que mais fez mal nestes três últimos anos e, apesar disso, recebi de volta sorrisos, amor, carinho e um dos melhores abraços da Politécnica. É aquela pessoa que inspira confiança e cuja amizade é uma das coisas de que mais me orgulho de ter conquistado.

Ao Rodrigo Studart, por algumas das melhores conversas dos últimos seis meses. Sinto por não termos começado a nos falar com mais intensidade antes. Esses seis meses voaram e ele se tornou quase um refúgio para mim quando meu estresse, seja com trabalhos, seja com as outras pessoas, fazia eu me sentir a pior pessoa do mundo. Proporcionou-me momentos da mais necessária e profunda reflexão sobre mim e meus atos. Por isso, sou eternamente grata a ele.

Por fim, a todos os outros amigos, a quem nunca deixei de dizer “eu te amo”, meu eterno agradecimento. Todos vocês são parte de mim.

*“Em vão mulheres batem à porta, não abrirás.  
Ficaste sozinho, a luz apagou-se, mas na  
sombra teus olhos resplandecem enormes.  
És todo certeza, já não sabes sofrer.  
E nada esperas de teus amigos.”  
(Carlos Drummond de Andrade)*

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a adolescência tanto no contexto social em que o jovem está inserido quanto nas mudanças psicológicas e fisiológicas pelas quais ele passa ao entrar na adolescência, principalmente quando se inicia a puberdade. Associada estes fatores, com os quais alguns jovens têm dificuldade de lidar, está a depressão – talvez o mais importante e mais discutido transtorno de humor no cenário da saúde pública. Além disso, são discutidos os novos parâmetros da adolescência e da estrutura da família, sendo esta uma importante aliada na prevenção da depressão e, se for o caso, na luta do jovem contra a doença. Porém, é necessário que seja ressaltado o apoio que essas famílias precisam obter de alguma instituição, seja ela governamental ou não, para que aprendam um pouco sobre as características da depressão e saibam, então, lidar com um jovem deprimido. A questão da medicalização e da banalização da vida aparece como importante no que diz respeito à facilidade de acesso cada vez maior das pessoas aos antidepressivos, o que possibilita um uso desmedido e desnecessário dos fármacos, podendo levar à dependência e, inclusive, danos fisiológicos resultantes desse abuso. Por fim, o suicídio é abordado como um co-fator que significa o agravamento substancial do quadro de depressão.

Palavras-Chave: Depressão. Adolescência. Saúde Pública. Suicídio. Família.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-IV	4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
ICB-USP	Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de São Paulo.
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SNC	Sistema Nervoso Central
UNESCO	A United Nations Education, Scientific and Cultural Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 A ADOLESCÊNCIA</b> .....	14
2.1 PUBERDADE FEMININA.....	14
2.2 PUBERDADE MASCULINA.....	15
2.3 OS PARÂMETROS SOCIAL E PSÍQUICO NA ADOLESCÊNCIA.....	16
<b>3 DEPRESSÃO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b> .....	19
3.1 A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO PSICOLÓGICO.....	21
3.2 A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO NEUROLÓGICO.....	24
3.2.1 Sistema Límbico.....	25
3.2.2 Neurobiologia da depressão.....	26
3.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE HUMOR.....	27
<b>4 SUICÍDIO</b> .....	29
<b>5 DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA, SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE PÚBLICA</b>	33
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	38
<b>REFERÊNCIA</b> .....	39
<b>ANEXO A – LEI 10.216</b> .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura fazer uma discussão sobre os padrões atuais da adolescência, começando pela breve distinção e contextualização da adolescência e puberdade, comumente confundidas, e a depressão como uma doença que cada vez mais acomete jovens no mundo todos. Não só jovens, aliás.

A questão da depressão na adolescência vem cada vez mais sendo apontada e abordada por diversas pesquisas de órgãos públicos e artigos científicos como sendo uma questão de saúde pública.

Há, talvez, uma ligação entre o corpo e a mente; no entanto, para uma análise psicológica eficaz, o entendimento do contexto social em que o jovem está inserido se faz necessário. Dessa forma, o presente estudo visa montar um material que faça tal articulação.

Sendo uma pesquisa de caráter teórico e qualitativo, o levantamento de textos para sua realização ocorreu nas bases de dados encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde (ex: Adolec, Indexpsi e Lilacs), no sítio da editora do Ministério da Saúde, no sítio Domínio Público e compêndios de psiquiatria. Além disso, houve a utilização de obras literárias de repercussão mundial na área principalmente psicológica, tais como Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SADOCK, 1999), Luto e Melancolia (FREUD, 1974), entre outros.

A adolescência, definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como um período entre 12 e 18 anos, é uma fase que envolve diversas mudanças na vida do indivíduo. Dentro da adolescência destaca-se o período da puberdade, que é o momento em que o corpo inicia um processo de maturação sexual, reprodutiva e remodelação neural.

Uma cascata de hormônios dá início a tal processo, que torna os indivíduos capazes, biologicamente, de gerar outro indivíduo. As meninas têm suas formas mais arredondadas devido ao acúmulo de tecido adiposo em áreas como quadril e abdômen, a bacia se alarga, possibilitando a passagem do bebê na hora do parto, crescem os pêlos pubianos e axilares, crescem as mamas e o útero e, marcando todo este conjunto de mudanças, há a menarca – a primeira menstruação. A partir desse momento, a menina passará a produzir um óvulo por mês que, em determinado período mensal estará apto para ser fecundado.

Os meninos têm a voz engrossada, aumento muscular, crescimento dos pêlos pubianos e aumento do órgão sexual. O que marca essas mudanças é a semenarca – primeira ejaculação com sêmen.

Os adolescentes, ainda, procuram meios de se inserir num grupo social, como parte da sua busca pela identidade, não mais vinculada ao que os pais dizem ou fazem. É nesta fase

também que são descobertos os primeiros amores e, conseqüentemente, as primeiras desilusões – é a este conjunto de buscas pessoais, alterações e maturação fisiológica que se aterá o primeiro capítulo.

No segundo capítulo são explicadas as características clínicas da depressão segundo o CID-10 (OMS, 1993) e o Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SADOCK, 1999). Antes disso, no entanto, é feita uma breve retrospectiva na história das teorias de transtorno de humor, começando com os antigos gregos e romanos, Hipócrates, passando por Freud e Kraepelin e chegando, finalmente, ao que se tem postulado hoje.

Depois dessa retrospectiva, o primeiro tópico a ser tratado é a definição e discussão da depressão sob o olhar médico. Ela divide-se, de acordo com o CID-10, em três níveis, leve, moderado e grave, podendo este último apresentar sintomas psicóticos. (OMS, 1993)

Também é discutida a teoria de luto e melancolia, de Sigmund Freud, na qual o luto é definido como um processo psíquico que lida com uma série de perdas elaboradas, como no caso dos adolescentes, por exemplo, que sofrem a “perda” do corpo infantil, a “perda” do modelo idealizado dos pais, etc. A melancolia, em suma, seria o desenvolvimento patológico dessas perdas – aí seria onde a depressão se enquadra.

As características neurobiológicas da depressão também foram abordadas, apesar dos estudos nesta área ainda serem pouco conclusivos. Primeiro, foram descritas rapidamente algumas das estruturas do sistema límbico, que é considerado como o principal centro das emoções; depois, estas descrições e respectivas alterações nas estruturas são aplicadas à depressão.

Por fim, é apresentada a epidemiologia da depressão, destacando as distribuições por idade, sexo e comorbidades. A partir disso, foi possível perceber que a depressão é um problema que atinge cada vez mais pessoas em todas as idades e de qualquer país.

O capítulo quatro fala especificamente sobre o suicídio, os possíveis fatores que levariam uma pessoa a desejar pôr fim na vida. Estes fatores podem ser tanto de cunho psíquico (faz-se neste ponto uma ligação com os mecanismos de luto e melancolia descritos por Freud), quanto a vontade fazer com que outra pessoa sinta remorso pela morte dela, ou vingança.

A discussão da depressão na adolescência e suporte familiar à luz da saúde pública fica a cargo do quinto capítulo, no qual é mostrada a importância do suporte e estrutura familiar como fatores que diminuiriam as chances de um jovem apresentar um episódio depressivo, bem como a importância da família no apoio ao adolescente em depressão.

Foi salientada, também, a questão da necessidade de que sejam implantadas instituições, ou quaisquer outros meios, de apoiar a família e ajudá-la/ensiná-la a lidar com um jovem deprimido.

Por fim, a questão da banalização da vida e da medicalização como fenômenos da atualidade: cada vez mais as pessoas têm o acesso aos fármacos antidepressivos facilitado, o que promove uma utilização desnecessária e, muitas vezes, sem prescrição médica.

Em anexo, está a Lei 10.216/2001, que propõe o fim dos hospitais psiquiátricos e estimula a reinserção das pessoas com doenças mentais na sociedade, além de propor a instalação e manutenção dos CAPS como substitutos dos hospitais psiquiátricos.

## 2 A ADOLESCÊNCIA

*"De todos os animais selvagens, o homem jovem é o mais difícil de domar."  
Platão*

Talvez seja a adolescência o período mais conturbado da vida de uma pessoa, pois implica em mudanças significativas não só corporais, mas também psicológicas e, conseqüentemente, sociais.

No entanto, antes que sejam feitas quaisquer explicações sobre tais mudanças, é necessário que fique clara a diferença entre adolescência e puberdade. A primeira inclui as mudanças comportamentais e psíquicas que ocorrem no período de passagem da infância para a idade adulta; enquanto a puberdade se refere estritamente às alterações biológicas, é a fase de crescimento, desenvolvimento e maturação do indivíduo. Dessa forma, é notório que a puberdade faz parte da adolescência, sendo assim uma etapa fundamental desta.

As mudanças corporais têm certo padrão, ou seja, costumam acontecer as mesmas coisas com todos os adolescentes. Já as mudanças psicológicas têm um grau de variação maior devido às diferenças entre culturas, grupos e indivíduos.

Crescimento e desenvolvimento são eventos geneticamente programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém fatores inerentes ao próprio indivíduo e outros representados por circunstâncias ambientais podem induzir modificações nesse processo. Fatores climáticos, socioeconômicos, hormonais, psicossociais e, sobretudo, nutricionais são algumas das possíveis causas de modificação do crescimento e desenvolvimento (SAITO apud EISENSTEIN; COELHO, 2008, p. 57).

A puberdade, então, inicia-se com a liberação de hormônios que desencadeiam uma série de mudanças cujas conseqüências se estenderão para o resto da vida da pessoa. O desenvolvimento físico se acelera em grandes proporções: a musculatura se fortalece e há um aumento da estatura – o chamado **estirão puberal**. É nesta fase que o jovem costuma alcançar a altura máxima a que é destinado.

Dispara o relógio biológico, culminando com a produção de importantes hormônios que serão responsáveis, principalmente, pela capacidade reprodutiva dos jovens.

### 2.1 PUBERDADE FEMININA

Nas meninas, crescem as mamas, os pelos pubianos e axilares. O corpo toma formas mais arredondadas devido, principalmente, ao acúmulo de tecido adiposo na região dos

quadris e abdômen. O útero aumenta de tamanho para que possa abrigar o feto durante a gravidez e a bacia alarga-se, possibilitando a passagem do bebê quando a mulher der à luz. Estas mudanças costumam começar pouco antes da primeira menstruação, a menarca, por volta dos 12 anos de idade, podendo variar dos 9 aos 15.

No entanto, antes que qualquer sinal físico seja dado, marcando o início da puberdade, ocorrem mudanças hormonais que determinam os eventos endócrinos próprios da puberdade.

O eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) é a estrutura que sustenta o funcionamento hormonal da mulher. O hipotálamo produz e libera o hormônio GnRH, que transmite “instruções” para que a hipófise liberte as gonadotrofinas, que são o hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). Esses, por sua vez, estimulam o ovário a produzir estrogênio.

As gonadotrofinas produzidas pela hipófise estimulam o ovário à produção, principalmente, de estrogênio, responsável pelo surgimento de algumas características sexuais, e, mais adiante, também de progesterona, produzidos pelas células da granulosa e da teca do folículo ovariano. O ovário, além dos hormônios esteróides, produz fator de crescimento insulina símile I (IGF), inibina, ativina e citoquinas. Os produtos secretados pelo ovário exercem *feedback* em nível do hipotálamo e da hipófise, modulando a frequência e a amplitude da liberação de GnRH, e a secreção e liberação de LH e FSH em resposta aos pulsos do GnRH (ZERWES, 2004, p. 28)

Além da maturação puberal desencadeada por hormônios do eixo HHO, hormônios adrenais promovem o crescimento de pelos pubianos e axilares. Por outro lado, o aumento da produção de estrogênio faz com que ocorra o aparecimento dos brotos mamários (ZERWES, 2004). Nos primeiros estágios da maturação, as mudanças são lentas. Já ao final do processo, as mamas, os pequenos lábios, útero e ovários crescem num ritmo mais rápido, fato que costuma coincidir com a menarca.

## 2.2 PUBERDADE MASCULINA

Nos meninos, no período que vai dos 9 aos 11 anos, os testículos e o pênis começam a aumentar de tamanho, seguidos pelo crescimento de pelos pubianos e axilares. Entre os 12 e 14 anos, os pelos faciais crescem, a voz começa a mudar de timbre e há um aumento da massa muscular. O processo de maturação sexual se completa com a primeira ejaculação com sêmen, a semenarca, por volta dos 14/15 anos de idade (BRASIL, 2008).

As características sexuais secundárias, a produção de espermatozóides, aumento do impulso sexual e da força física nos meninos são desencadeadas pela produção de

testosterona, produzido pelos testículos em resposta ao estímulo do hormônio luteinizante secretado pela hipófise.

### 2.3 OS PARÂMETROS SOCIAL E PSÍQUICO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é caracterizada por um período de profundas mudanças que vão além das proporcionadas pela puberdade, configurando-se como um período, na maioria das vezes, muito conturbado e cheio de inseguranças.

Enquanto a maturação neuro-endócrina se desenvolve de maneira coordenada, o desenvolvimento social e emocional do jovem não obedece às mesmas regras. Neste descompasso podem surgir os primeiros problemas do adolescente consigo e com o mundo ao seu redor.

Uma das primeiras etapas a ser enfrentada pelo indivíduo é o rompimento com a figura idealizada dos pais construída na infância. Esse é um processo trabalhoso e leva o adolescente a abandonar o sistema de proteção familiar, resultando no aumento de responsabilidade e na necessidade de lidar com os limites que lhe são impostos nesta etapa da vida (ZAGURY, 1996).

Responsabilidade e limite estão intimamente relacionados. Esta relação precisa ser trabalhada, principalmente, no ambiente familiar. O jovem, ao mesmo tempo em que se encontra possuindo novas responsabilidades, próprias de um novo e diferente momento de sua vida, sente a vontade de experimentar coisas até então terminantemente proibidas, ou inacessíveis. Já os limites, como afirma Zagury (1996), precisam continuar sendo impostos, uma vez que essa vontade do jovem de ir além, de conhecer novas coisas, não significa passe livre para grosserias e desrespeito a qualquer forma de lei, seja do ambiente familiar, seja da sociedade em geral.

É nesta fase também que o indivíduo constrói sua própria identidade. Com o abandono da figura idealizada dos pais, os valores e hábitos adquiridos na infância passam a ser questionados e o jovem irá à busca da incorporação de outros, condizentes com a nova fase da vida.

O que antes era tido como certo, normalmente ensinado pelos pais, é confrontado pelas visões de mundo que o novo círculo social frequentado pelo adolescente apresenta. A mídia exerce influência nesse processo. A todo tempo surgem novos estereótipos, novos rótulos, que transmitem aos jovens valores ditos “normais” para a sociedade. Dessa forma, os jovens podem começar a se preocupar em aderir modas e conceitos com os quais, na verdade,

não concorda para tentar se inserir num determinado grupo. A busca pela identidade, então, pode se tornar, em muitos casos, algo angustiante e estressante para o adolescente

É também na adolescência quando costumam surgir as primeiras grandes paixões e as primeiras grandes decepções amorosas. Este par de sentimentos, ao mesmo tempo em que faz bem ao jovem, uma vez que ele está descobrindo o amor e a sexualidade, evidencia ainda mais sua fragilidade e insegurança.

Nesta fase de tantas incertezas e inseguranças, o risco de aquisição de vícios é ainda mais proeminente. Isso atrelado à necessidade de passar alguns limites os impulsiona a querer experimentar outras coisas, como drogas e álcool (ZAGURY, 1996). Em entrevista concedida à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Rosana Camarini, coordenadora de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de São Paulo (ICB-USP), aponta os riscos do consumo de drogas na adolescência. Em sua pesquisa, foi dada ênfase ao consumo de álcool, no entanto, os pesquisadores participantes afirmam que os resultados são aplicáveis tanto a álcool quanto anfetaminas e entorpecentes pesados tais quais heroína e cocaína.

Um dos resultados da pesquisa foi que, quanto mais cedo alguém é exposto ao álcool, mais tolerante à droga ele se torna, precisando de doses cada vez maiores para obter os mesmos efeitos que as doses iniciais proporcionavam (CAMARINI, Rosana, 2010a).

Dessa forma, o organismo se adapta à oferta frequente da droga e, uma vez retirada a droga, iniciam-se uma série de reações associadas à abstinência, como as convulsões. Camarini estima, ainda, que indivíduos com experiência precoce com drogas têm maior probabilidade de apresentar síndromes de abstinência mais severas. É necessário destacar, porém, que nem todos que fazem uso de álcool e drogas se tornarão viciados.

Este fator de crises de abstinência mais severas pode ser em parte explicado pela suscetibilidade do Sistema Nervoso Central (SNC), que durante a adolescência sofre um processo de remodelação; processo esse que sofre interferência das drogas. As alterações neuroquímicas que acontecem nessa fase são vias de explicação para alguns comportamentos típicos dessa fase, como a procura por novas e excitantes experiências e tendência a correr mais riscos (CAMARINI, Rosana, 2010a).

Durante a adolescência, é comum que haja mais dopamina<sup>1</sup> na região do córtex pré-frontal do cérebro, área responsável por analisar riscos e tomar decisões. Esta região ainda

---

<sup>1</sup> Dopamina é, naturalmente, um inibidor e, quando se move até o lóbulo frontal, regula o número de informações vindas de outras partes do cérebro. Dessa forma, níveis alterados desse neurotransmissor podem resultar em pensamentos incoerentes, como na esquizofrenia. Assim como a endorfina, é capaz de aumentar o prazer e acalmar a dor quando em grande quantidade no lóbulo frontal. (ANDRADE et al, 2003).

não se encontra totalmente formada na adolescência e o abuso de drogas nesta fase retarda e interfere nesse processo de maturação do córtex pré-frontal.

As pressões exercidas pelos grupos sociais dos quais o indivíduo frequenta ou tem a intenção de fazer parte podem coagi-lo num primeiro momento a consumir bebidas alcoólicas. O uso contínuo da droga é capaz de levar ao vício, trazendo problemas não só para o adolescente, mas também para os que estão à sua volta. Agressividade e impaciência podem ser agravadas com o consumo excessivo de drogas, tornando difícil o convívio em família.

O contato com a família, portanto, é importante em todos os aspectos da vida de um jovem, uma vez que é ela que impõe limites, serve de apoio nos momentos de crise e é, inclusive, um ponto de partida para o abandono da infância. No entanto, a mesma família que serve de apoio precisa ser apoiada. Pais também sofrem sem saber como lidar com as rápidas e profundas mudanças sofridas por seus filhos adolescentes, em especial quando esse desenvolvimento adota um rumo problemático e, em alguns casos, acompanhado de transtornos mentais.

### 3 DEPRESSÃO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

*"In peaceful sedation I lay half awake, and all  
of the panic inside starts to fade. Hopelessly  
drifting, bathing in beautiful agony"<sup>2</sup>  
A Nightmare to Remember,  
Dream Theater.*

A depressão é uma doença de caráter psíquico, porém admite diversas vertentes de explicação, sendo algumas delas a psicologia, a psicanálise e neurobiologia. Ao longo do tempo, vários estudiosos desenvolveram modelos de apresentação e definição da depressão, modelos esses que foram aproveitados ou refutados por posteriores definições.

Hoje é sabido que muito do que se conhece sobre os transtornos do humor já havia sido descrito pelos antigos gregos e romanos. Foram eles os primeiros a observar os aspectos comportamentais e suas origens temperamentais, criando os termos “melancolia” e “mania”.

Hipócrates (460-357 a.C.), contemporâneo a Platão e Sócrates, é considerado o pai da Medicina por ter sido um dos primeiros a direcionar seus estudos no conhecimento científico, rejeitando o misticismo e práticas cientificamente inexplicáveis vigentes até então. Elaborou o Humorismo, a teoria dos quatro fluidos corporais (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra) que ajudariam a entender o funcionamento do organismo humano e, inclusive, a personalidade das pessoas. Segundo ele, a quantidade desses fluidos influenciaria diretamente no estado de equilíbrio ou doença.

A melancolia, que hoje é entendida como o desenvolvimento patológico do processo de perda e luto, foi descrita pela primeira vez por Hipócrates com a denominação “bile negra” e seria um estado de aversão à comida, desespero, falta de sono, irritabilidade e inquietação. Além disso, Hipócrates percebeu a ligação entre ansiedade e os estados depressivos.

A medicina Greco-romana reconhecia contribuições não-naturais (ambientais) para a melancolia, como consumo imoderado de vinho, perturbações da alma devido à paixões (por exemplo, amor) e ciclos perturbados de sono (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Este reconhecimento, no entanto, é acerca de uma apresentação da melancolia diferente da que era considerada natural, ou seja, que surgia de uma “disposição inata a produzir bile negra em excesso e que levaria a uma forma mais severa de doença”. No entanto, essas contribuições não-naturais não influiriam no estado de melancolia inato, mas sim produziria um diferente.

---

<sup>2</sup> “Numa sedação cheia de paz permaneço meio acordado, e todo o pânico interior começa a desaparecer. Desesperadamente à deriva, banhando-me em uma bela agonia” (tradução nossa)

Mais tarde, Galeno (131-201 d.C.) descreveu as manifestações da melancolia como medo e depressão, descontentamento com a vida e ódio de todas as pessoas.

Como na Antiguidade grega não se acreditava na separação entre corpo e alma, era tido como certo que as faculdades racionais do ser são afetadas pelo desequilíbrio humoral, o que se traduz clinicamente como melancolia, hipocondria, histeria, isto é, o desequilíbrio de algum dos quatro humores afetaria o bem-estar do indivíduo e, ainda, poderia ter manifestações de ordem psíquica.

A teoria dos fluidos de Hipócrates foi a base para o desenvolvimento da Medicina, se mantendo ativa por muito tempo até que outros cientistas a contestassem e provassem sua ineficácia. Apenas a filosofia cartesiana, anos mais tarde, seria capaz de postular a separação entre corpo e alma, abrindo caminho para que fosse provada a [co] existência de outros fatores, internos e externos, que exercem influência sobre o indivíduo e alteram a homeostase.

A tabela a seguir traz uma esquematização dos principais modelos de depressão maior na contemporaneidade, no entanto o objetivo deste trabalho não é explicá-los um por um, mas sim, através de alguns deles servindo como fonte de explicação para a depressão, analisar a influência – e abrangência – de tal transtorno no atual contexto da adolescência.

Proponentes (ano)	Modelo	Mecanismo	Implicações Científicas e Clínicas
Karl Abraham (1911)	Agressão voltada para dentro	Transdução do instinto agressivo em afeto depressivo	Mente hidráulica fechada a influências externas
Sigmund Freud (1917)	Perda do objeto	Rompimento de um vínculo de apego	Não testável
John Bowlby (1960)			Sistema psicológico aberto do ego
Edward Bibring (1953)			Testável
Aaron Beck (1967)	Auto-estima	Impotência para atingir objetivos do ideal de ego	Sistema psicológico aberto do ego
	Cognitiva	Esquema cognitivo negativo como intermediário entre causas remotas e próximas	Ramificações sociais e culturais
			Sistema psicológico aberto do ego
	Desamparo aprendido	A crença de que as respostas do indivíduo não trarão alívio de eventos indesejáveis	Testável
			Sugere tratamento
Martin Seligman (1975)			Prediz a fenomenologia
	Reforço	Baixa taxa de reforço ou reforço apresentado de forma não contingente, déficits sociais podem impedir a resposta a eventos potencialmente recompensadores	Prediz tratamento
Peter Lewinsohn (1974)			Testável
			Prediz fenomenologia
			Prediz tratamento
Joseph Schildkraut (1965)	Aminas biogênicas (neuroquímica)	Prejuízo ou desregulação da transmissão aminérgica	Testável
William Bunney e Jonh Davis (1965)			Reducionista
Alec Coppen (1968)			Explica a fenomenologia e episódios opostos
I. P. Lapin e G. F. Oxenkrug (1969)			Sugere tratamento
David Janowski et al (1972)			
Arthur Prange et al (1974)			
Larry Siever e Kenneth Davis (1985)			
Alec Coppen e D. M. Shaw (1963)	Neurofisiológico	Distúrbios eletrofisiológicos levando a hiperexcitabilidade neuronal e <i>Kindling</i>	Testável
Peter Whybrow e Joseph Mendels (1968)			Reducionista
Robert Post (1990)			Explica a fenomenologia e a recorrência
			Sugere tratamento
	Via final comum	Interação estresse-diátese convergindo nos mecanismos mesencefálicos de recompensa e ritmos biológicos	Testável
Hagop Akistal e William McKinney (1973)			Integrativo, psicobiológico
Peter Whybrow e Anselm Parlatore (1973)			Pluralístico
Frederick Goodwin e Kay Jamison (1990)			Explica a fenomenologia
			Sugere tratamento

Título: Principais Modelos Contemporâneos Maiores de Depressão

Fonte: KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1180.

### 3.1 A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO PSICOLÓGICO

De acordo com o CID-10, a depressão é um transtorno de humor e, também, comportamental, cujos sintomas principais são perda de interesse, déficit na tomada de decisões, fadiga exacerbada, baixa de auto-estima e autoconfiança, episódios recorrentes de sonolência, mudanças diárias de humor e falta de apetite. (OMS, 1993).

Em contraposição ao caráter crônico da esquizofrenia, seguindo a classificação de Kraepelin, há a remissão de sintomas nos períodos interfásicos. “Entretanto, é estimado que 30 a 50% dos pacientes deprimidos não se recuperam totalmente” (ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 205).

A depressão, no entanto, pode ser fruto de dois caminhos distintos: a) como consequência ou comorbidade de uma doença subjacente; b) como patologia psiquiátrica.

Para englobar o conjunto dos padecimentos depressivos tal como visualizado pela psiquiatria clínica, considerem-se ainda as depressões que surgem não decorrentes de uma doença física que a traria como um dos elementos do seu quadro clínico, mas das contingências da vida, das quais a mais comum é uma perda do objeto de amor; ou a perda de uma posição ideal, por exemplo, a perda da saúde e a experiência da dor física. (COSER, 2003, p. 52)

De acordo com o número e gravidade dos sintomas, podem-se distinguir três graus de episódios depressivos: leve, moderado e grave.

O episódio depressivo leve é caracterizado, basicamente, pela presença de dois ou três sintomas clássicos citados neste capítulo. A pessoa não costuma ter problemas em manter sua rotina normal, o que não quer dizer que ele não sofra com tais sintomas.

No episódio depressivo moderado, a pessoa apresenta quatro ou mais sintomas considerados clássicos e já encontra sérias dificuldades em desempenhar atividades rotineiras.

O episódio depressivo grave é aquele no qual são apresentados vários sintomas clássicos. Há também um sentimento de angústia e, frequentemente, perda de auto-estima.

O episódio grave pode ou não apresentar como agravantes os sintomas psicóticos, ou seja, alucinações, delírios e lentidão psicomotora, o que torna impossível a realização de várias atividades consideradas normais e rotineiras. Há um risco iminente de suicídio ou, ainda, morte por desidratação ou desnutrição. Clinicamente, a depressão com sintomas psicóticos se distingue das outras por ter, principalmente, maior taxa de recaídas, maior gravidade dos sintomas clássicos depressivos, maior comprometimento neuropsicológico e pior resposta ao antidepressivo.

Em adolescentes, a depressão pode apresentar-se com alguns sintomas distintos. São estes a irritabilidade e nervosismo, no lugar da tristeza e apatia comuns aos depressivos. Perda

de energia, perturbações do sono e dificuldade de concentração são percebidos em mais de 80% dos jovens deprimidos (BAHLS, 2002).

“Outras características próprias desta fase são: prejuízo no desempenho escolar, baixa auto-estima, queixas físicas (dor abdominal, fadiga e cefaléias), idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas” (BAHLS, 2002, p. 3).

Quando a depressão ocorre na adolescência, é maior o risco de haver episódios recorrentes até a chegada da fase adulta.

Outro fator importante para o diagnóstico e tratamento da depressão em adolescentes é o acréscimo de comorbidades ao quadro de depressão já existente. Muitos jovens apresentam transtornos de ansiedade, de conduta, distímia, de déficit de atenção e hiperatividade, além do já citado abuso de álcool e drogas.

A psicanálise, por sua vez, procurou modos de entender e explicar a relação de perda do objeto de apego significativo com o desenvolvimento de um processo depressivo. Para tal explicação, será utilizado como base o texto Luto e Melancolia. (FREUD, 1974)

O luto nada mais seria do que uma reação à perda do objeto, seja ele um ente querido, seja a liberdade, etc. No caso da adolescência, o processo de luto ocorre na série de perdas que o indivíduo precisa elaborar ao passar da infância para a adolescência, isto é, desligar-se do corpo infantil, da imagem de pais perfeitos.

Aos pais, na infância, era delegada uma posição idealizada, de onipresença e onipotência. Já na adolescência, há uma separação da autoridade dos pais, que não mais podem decidir pelos filhos, possibilitando, portanto, que os próprios façam suas escolhas e nelas invistam.

Ao mesmo tempo em que estas fantasias claramente incestuosas são superadas e repudiadas, completa-se uma das mais significativas e, também, uma das mais dolorosas realizações psíquicas do período puberal: o desligamento progressivo dos pais, um processo que, sozinho, torna possível a oposição, tão importante para o progresso da civilização, entre a nova geração e a velha (FREUD, 1974, p. 234).

A sexualidade surge como uma nova demanda, uma vez que o posicionamento na partilha dos sexos é exigido ao adolescente – fato que não ocorre na infância.

Associada à incorporação da sexualidade está a perda do corpo infantil. O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (ver capítulo 2, seções 2.1 e 2.2) independe da vontade/necessidade do indivíduo de amadurecer, tornando esse processo significativamente mais penoso, uma vez que o descobrimento desse “novo” corpo implica na constatação de semelhança física com os adultos. “Se, por um lado, a adolescência representa

a esperança enquanto um devir, por outro, representa também a morte enquanto perda definitiva de uma fantasia infantil e do ideal parental” (MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 262).

Todo este ciclo de maturação, transformação e constatação configura inúmeras perdas, desencadeando um processo de luto. No entanto, o luto por si só jamais deve ser considerado uma condição patológica e ser submetido a tratamento médico (FREUD, 1974).

O processo de luto, então, é apresentado por Freud (1974) como a percepção da não-existência do objeto, exigindo que a libido seja retirada das relações com tal objeto e seja depositada num outro. “É fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena” (FREUD, 1974, p. 276-277).

Quando este trabalho de luto é concluído, o ego se vê novamente livre e pode já encontrar um objeto em cujas relações deposite a libido liberada pelo processo de luto.

A melancolia também pode ser encarada como uma reação à perda do objeto, no entanto, Freud mostra que possivelmente o melancólico tem consciência de quem perdeu, por exemplo, mas não o que foi perdido nesse alguém, de modo que esta perda seja retirada da consciência – inconsciência esta inexistente no luto.

“O melancólico exhibe ainda outra coisa que está ausente no luto - uma diminuição extraordinária de sua auto-estima, um empobrecimento de seu ego em grande escala. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (FREUD, 1974, p. 278).

O aparelho psíquico segundo Freud é constituído por Id, Ego e Superego. O Id seria o local onde se encontra tudo que é dado ao nascimento/constituição do sujeito. Sendo assim, quase todos os seus conteúdos são inconscientes. Ele é a estrutura da personalidade original, contendo todo o seu reservatório de energia. O Id é exposto nas manifestações somáticas ou em sonhos, por exemplo. (FREUD, 1974).

O Ego é a parte do aparelho psíquico em contato com a realidade externa. Ele se desenvolve a partir do Id, sendo sua parte mais superficial. Suas funções são: a comprovação da realidade e a aceitação, mediante seleção e controle, de parte dos desejos e exigências procedentes dos impulsos que emanam do Id. Ou seja, o Ego é o responsável por realizar a mediação entre o Id e o Superego podendo satisfazer, na medida do possível, as necessidades do mundo externo e do mundo interno.

Já o Superego se desenvolve a partir do Ego. Ele é o depósito de todos os modelos de condutas e códigos morais da pessoa, atuando como juiz ou sensor sobre as atividades desenvolvidas pelo sujeito.

No caso da melancolia descrito por Freud, o quadro de inferioridade moral do ego —e, por extensão, da personalidade— completa-se com insônia, recusa a alimentos e desapego à vida. Dessa forma, a melancolia pode ser entendida como um desenvolvimento patológico desse processo de perda (e a depressão seria um possível desdobramento).

Na adolescência, todo o processo de perda no qual o trabalho de luto não consegue retirar a libido do objeto perdido, seja da idealização paterna, seja do corpo infantil, pode resultar num quadro de melancolia.

Assim como o luto, a melancolia tende a desaparecer depois de certo tempo. Entretanto, é necessário ressaltar que tanto no luto quanto na melancolia somente um objeto de fato importante para o ego é capaz de despertar tamanhos processos diante de sua perda.

Na melancolia, a relação com o objeto não é simples; ela é complicada pelo conflito devido a uma ambivalência. Esta ou é constitucional, isto é, um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego particular, ou provém precisamente daquelas experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto. Por esse motivo, as causas excitantes da melancolia têm uma amplitude muito maior do que as do luto, que é, na maioria das vezes, ocasionado por uma perda real do objeto, por sua morte. Na melancolia, em conseqüência, travam-se inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, nas quais o ódio e o amor se digladiam; um procura separar a libido do objeto, o outro, defender essa posição da libido contra o assédio (FREUD, 1974, p. 289-290).

Portanto, a depressão na adolescência seria uma conseqüência de um processo penoso e, de certa forma, problemático por parte do indivíduo de deixar para trás o que já não lhe é mais útil da infância. A rebeldia, crítica exacerbada e sentimento de insatisfação, alternando-se com momentos de solidão, incertezas, tristeza e apatia são constituintes desses mecanismos que, em última análise, procuram reestruturar e defender o aparelho psíquico nessa fase de transformação.

### 3.2 A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO NEUROLÓGICO

Hoje, com o avanço de técnicas para estudo do cérebro humano, cada vez mais são procuradas explicações para as mais diversas disfunções do organismo. Com os transtornos psíquicos também não é diferente. Dessa forma, pesquisadores vêm tentando entender o funcionamento do cérebro para satisfazer questões biológicas e funcionais para o desenvolvimento principalmente da esquizofrenia e depressão.

O cérebro humano é dividido em várias áreas de acordo com as funções que cada uma delas desempenha para a manutenção do bom funcionamento do organismo.

### 3.2.1 Sistema Límbico

De acordo com o modelo proposto por Joseph Papez (1937), as principais áreas que compõem o sistema límbico são o giro do cíngulo, o giro para-hipocampal, o hipotálamo, o tálamo e o hipocampo.

- Giro do cíngulo: está intimamente relacionado à depressão, à ansiedade e à agressividade. A lesão dessa estrutura pode levar à lentidão mental. Tem um papel coadjuvante na determinação dos conteúdos da memória e, segundo indicado por estudos da área da neurobiologia, há um aumento da sua atividade quando as pessoas mentem.
- Giro para-hipocampal: intimamente relacionado à memória.
- Hipotálamo: a estimulação da área lateral pode levar à sede, fome e aumento do nível de atividade geral. A fúria é uma consequência que pode ser desencadeada por esse estímulo.
- Tálamo: tem funções relacionadas à sensibilidade, motricidade, comportamento emocional e ativação do córtex cerebral.
- Hipocampo: tem funções relacionadas à memória e ao comportamento. Também pode influenciar a tomada de decisões.

Outras estruturas, como amígdala, septo, área frontal e pré-frontal, ficaram de fora do circuito proposto por Papez. No entanto, tais estruturas estão, comprovadamente, ligadas às emoções.

- Amígdala: ativada em atividades com significados emocionais marcantes como encontros agressivos ou de cunho sexual, a amígdala tem um papel no armazenamento de memórias afetivas. A mediação do controle das atividades emocionais como amor, amizade, exteriorizações do humor, medo e ira constitui uma importante função da amígdala. Está relacionada, também, a reações de estímulo-recompensa.
- Septo: está relacionado à raiva, ao prazer e ao controle neurovegetativo – sistema que engloba todos os nervos e centros nervosos que controlam as ações vegetativas, isto é, o funcionamento dos órgãos e glândulas.
- Área frontal: responsável pela modulação das estruturas límbicas e do tronco encefálico – este último, participante dos mecanismos de alerta e da manutenção do ciclo vigília-sono.

- Área pré-frontal: cientistas e estudiosos da neurobiologia vêm considerando a área pré-frontal como a **sede** da personalidade. Tal estrutura participa da tomada de decisões, da elaboração de estratégias comportamentais, da capacidade de ordenar e seguir sequências de pensamentos e do controle do comportamento emocional.

### 3.2.2 Neurobiologia da depressão

A região pré-frontal, em estudos de pacientes deprimidos, apresentou diminuição de sua atividade quando os pacientes voltaram ao seu estado normal de humor, o que leva a supor um hiperfuncionamento desta estrutura nas fases depressivas. Indivíduos normais costumam ativá-la quando têm pensamentos tristes. Dessa forma, o hiperfuncionamento desta área em pacientes depressivos estaria ligado à geração de pensamentos negativos e incessantes.

“Na depressão maior, o sistema neural envolvido no processamento das informações externas e manutenção do estado de vigília seriam suprimidos em favor de sistemas envolvidos no processamento interno gerador de informações, como pensamento e emoções” (ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 206).

A amígdala, por ser um centro de armazenamento de memórias afetivas e aprendizado emocional, tem uma importância, apontada por Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004), no que diz respeito à relação entre controle emocional e comportamento. Também parece haver um aumento do metabolismo de glicose, fato observado em estudos de pacientes com depressão grave e recorrente, além de apresentarem um histórico familiar com transtornos de humor. Esta alteração no metabolismo da glicose estaria relacionada à distorção de sinais estressores.

Alterações nas regiões frontoestriatais e límbicas são identificadas em pacientes deprimidos, estando relacionadas a uma pior evolução do quadro. A identificação correta dessas alterações auxilia no entendimento do quadro clínico e, conseqüentemente, na elaboração de estratégias terapêuticas.

Em pacientes depressivos com sintomas psicóticos, estudos mostraram a presença de atrofia cerebral primária (atrofia das três camadas mais externas dos lobos frontal e temporal), a qual seria de suma importância na constituição da vulnerabilidade do indivíduo aos episódios delirantes. Assim sendo, pode-se dizer que pessoas cujos funcionamentos límbico e paralímbico estejam normais conseguem racionalizar e distinguir pensamentos delirantes. Desordens no lobo frontal (tendo como consequência, entre outros sintomas, a desinibição) também podem influenciar a expressão dos delírios.

### 3.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE HUMOR

A investigação clínica é completada quando a ela se adiciona o estudo epidemiológico, uma vez que, através deste, é possível construir o histórico natural da síndrome e estudar sua evolução na população como um todo e ao longo do tempo. Alguns parâmetros são mais comumente utilizados para tais estudos, como identificação e distribuição de casos, tendências históricas, causas, prognóstico e demanda/oferta de serviços psiquiátricos. No geral, pode-se observar na Tabela 2 a prevalência dos transtornos de humor durante toda a vida, segundo o DSM-IV.

A questão da demanda e oferta de serviços psiquiátricos no Brasil é evidenciada pelos serviços dos CAPS<sup>3</sup>, cuja estrutura é precária e insuficiente. A idéia de reinserção do paciente com transtorno mental à sociedade, mantendo, no entanto um acompanhamento destes pelos CAPS, é embasada pela Lei 10.216, que fala da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001). Também estabeleceu critérios para as internações involuntárias e realização de pesquisas biomédicas com pacientes. Trata da inclusão social dos pacientes com longo tempo de internação e responsabiliza o Estado pela reabilitação psicossocial assistida, com insumos adequados de suporte social e atendimento em ambiente comunitário – um exemplo dessa tentativa de inclusão social é o próprio serviço do CAPS.

Dessa forma, admite-se que esta lei parte do pressuposto ético do direito à cidadania do indivíduo com transtorno mental.

---

<sup>3</sup> CAPS, ou Centro de Atenção Psicossocial, é, antes de tudo, uma estrutura que faz a mediação entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico. Tem como função organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais através do atendimento clínico diário e promovendo a inserção social. O CAPS deve substituir, e não complementar o hospital psiquiátrico. Cabe a ele, portanto, acolher e dar atenção aos indivíduos com transtornos mentais graves e/ou persistentes, procurando sempre preservar os laços sociais dos pacientes. Sendo assim, entende-se que os articuladores estratégicos da rede de cuidados na comunidade e da política de Saúde Mental num determinado território são os CAPS. Estes se dividem, de acordo com seu porte, clientela e capacidade de atendimento, em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (para crianças) e CAPSad (para dependentes químicos).

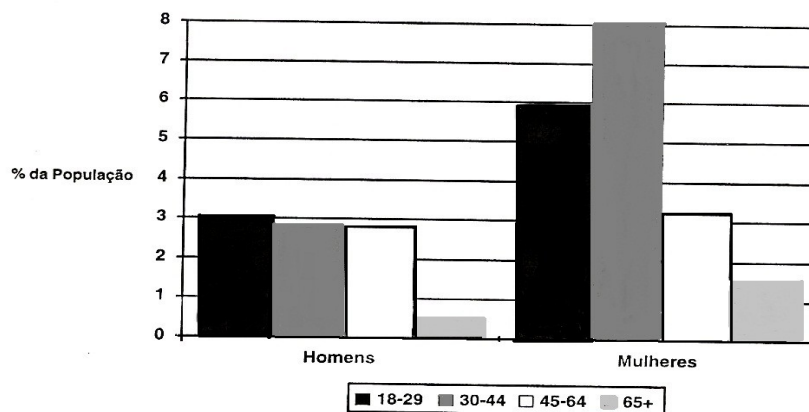
Transtorno do Humor	Prevalência no Período de Vida
<b>Transtornos depressivos</b>	
Transtorno depressivo maior (TDM)	10-25% para mulheres; 5-12 para homens
Recorrente, com recuperação completa entre os episódios, superposto a transtorno distímico	Aproximadamente 3% das pessoas com TDM
Recorrente, sem recuperação completa entre os episódios, sobreposto a transtorno distímico, (depressão dupla)	Aproximadamente 25% das pessoas com TDM
Transtorno distímico	Aproximadamente 6%
<b>Transtornos bipolares</b>	
Transtorno bipolar I	0,4-1,6%
Transtorno bipolar II	Aproximadamente 0,5%
Transtorno bipolar I ou II, com ciclo rápido	5 a 15% das pessoas com transtorno bipolar
Transtorno ciclotímico	0,4 a 1,0%

Título: Prevalência ao longo da vida de alguns transtornos do humor  
 Fonte: KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1188.

Na identificação e distribuição de casos, os critérios diagnósticos utilizados são os presentes no DSM-IV. Porém, muitos desses critérios não são aplicáveis porque exigem certo grau de subjetividade na análise, tornando a pesquisa abrangente e de pouca relevância clínica. Outro parâmetro a ser analisado na epidemiologia dos transtornos de humor é a frequência e classificação de comorbidades, como, por exemplo, os sintomas de ansiedade e depressão, que costumam se sobrepor, dificultando a divisão destes (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Em relação à distribuição de casos, a prevalência dos transtornos de humor costuma ser avaliada segundo sexo e idade dos pacientes.

As mulheres, em geral, apresentam mais sintomas de transtornos de humor que os homens. Além disso, são mais prevalentes em adultos jovens e pessoas de meia idade do que em crianças e idosos (ver Tabela 3).



Título: Gráfico de prevalência dos transtornos do humor mais comuns por idade e sexo  
 Fonte: KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1189.

## 4 SUICÍDIO

*"Eu sou mesmo um bebê errático e mal-humorado! Não tenho mais a paixão, então lembrem-se, é melhor queimar do que se apagar aos poucos."*  
*Trecho da carta de suicídio de Kurt Cobain.*

O suicídio é responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes e, entre os adolescentes, é a terceira principal causa de morte (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Emile Durkeim, em seus estudos sobre a influência do contexto social cultural, concluiu que “a taxa de suicídio varia inversamente com a integração de grupos sociais dos quais o indivíduo faz parte” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1875), diferenciando três tipos básicos de suicídio. A exemplo disso, Kaplan e Sadock (1999, p. 1875) explicam:

O suicídio egoísta é determinado por uma ausência de laços familiares ou de interações sociais significativas. O suicídio anômico ocorre quando a relação entre um indivíduo e a sociedade é rompida por adversidades sociais ou econômicas. Por exemplo, as taxas de suicídio aumentaram durante a Grande Depressão da década de 30 e caíram em quase todos os países europeus durante ambas as guerras mundiais. O suicídio altruísta resulta da integração excessiva e é determinado pela sociedade (por exemplo, *harakiri*<sup>4</sup> e *suttee*<sup>5</sup>).

Durkeim (apud KAPLAN; SADOCK, 1999) também relatou que as taxas de suicídio aumentam com a idade. Paradoxalmente, os idosos tentam menos o suicídio do que os jovens, mas têm maior índice de sucesso. Além disso, “quanto mais alta a classe social, mais alto é o risco do suicídio, mas uma queda no status social também aumenta o risco” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1876).

“O trabalho, em geral, protege contra o suicídio. Indivíduos desempregados têm maiores taxas de suicídio que as pessoas empregadas, provavelmente devido a uma interação de circunstâncias sócio-econômicas, vulnerabilidade psicológica e eventos estressantes.” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1876)

Outro grupo de risco crescente em práticas suicidas é o de adolescentes grávidas.

Os números são apenas a ponta do iceberg, pois, para cada suicídio, estima-se que haja pelo menos vinte tentativas. E, para cada caso de tentativa que atendemos no

---

<sup>4</sup> *Harakiri* é considerado um suicídio ritual presente no código de honra dos samurais. Em determinadas situações, ou quando julgar ter perdido/ferido sua honra, o samurai deve suicidar-se fazendo um corte no lado esquerdo do abdômen com sua espada curta. A morte era lenta e dolorosa, mas significava a purificação da honra e, por extensão, da alma (FERREIRA, 2006)

<sup>5</sup> *Suttee* é um costume de algumas comunidades de cultura hindu e que hoje está proibido pelas leis do Estado Indiano. As mulheres, quando ficavam viúvas, eram moralmente obrigadas a se sacrificarem vivas na fogueira da pira funerária do marido falecido (DONIGER, [20--]).

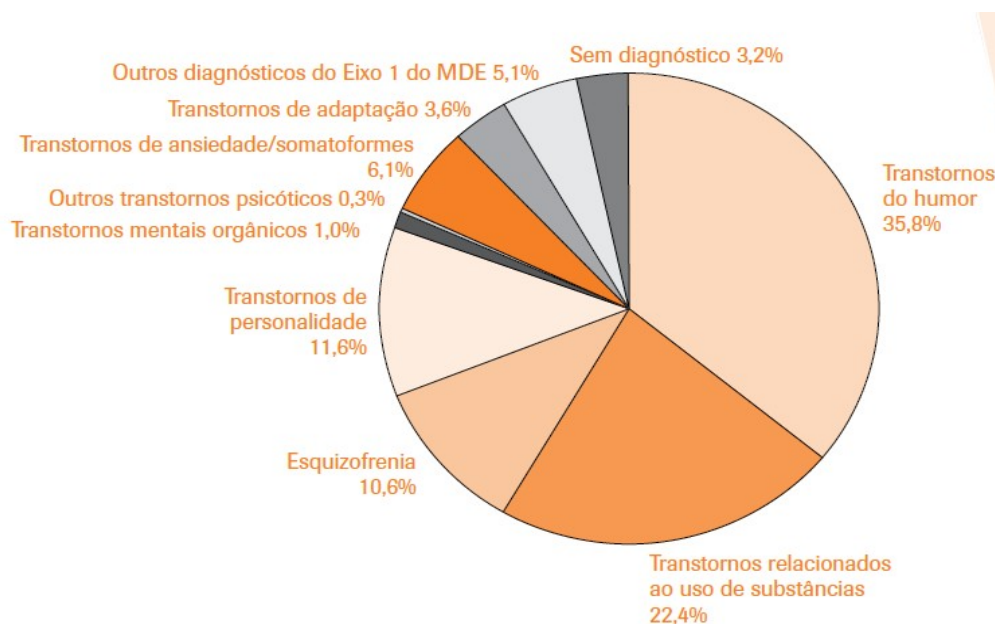
hospital, outras cinco pessoas, na comunidade, estão planejando e outras dezessete estão pensando seriamente em pôr fim à vida.<sup>6</sup> (informação verbal).

Se as adolescentes grávidas têm mais chances de tentar o suicídio, aponta Botega, é necessário que haja um investimento maior na educação dos profissionais da saúde para que estes saibam como lidar com pacientes suicidas - ou, ao menos, potencialmente suicidas -, na informação da sociedade e desenvolvimento de programas de prevenção do suicídio.

O que se sabe é que o jovem que pensa, ameaça, tenta ou concretiza o suicídio está revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos, de modo que tal situação é percebida não somente na adolescência, mas como em qualquer idade, como uma tentativa de alívio de sua dor e seu sofrimento (BORGES; WERLANG, 2006, p. 346).

Pacientes com problemas físicos também costumam apresentar relevante taxa de suicídio e, entre inúmeras doenças endócrinas, destacam-se a doença de Cushing, a anorexia nervosa, a síndrome de Klinefelter e a porfiria.

Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio, elaborado pelo Ministério da Saúde, “os principais fatores de risco para o suicídio são: história de tentativa de suicídio e transtorno mental”. (BRASIL, 2010, p. 17)



Título: Gráfico da compilação realizada pela OMS de 15.629 casos de suicídio

Fonte: BRASIL, 2010.

Como este trabalho tem por foco a depressão, será dada maior ênfase nos casos de suicídio em indivíduos deprimidos.

<sup>6</sup> Entrevista concedida a agência FAPESP pelo pesquisador Neury José Botega no dia 26/07/2010.

“Freud descreveu o suicídio como uma agressão voltada para o íntimo, contra um objeto de amor introjetado e ambivalentemente investido” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1877). Isto é, no estado de melancolia, o ego dirige a si mesmo toda a hostilidade antes relacionada a um objeto, representando uma reação do ego em relação ao mundo externo. Freud afirma ainda que esta auto-agressão do ego só é possível quando o desejo de matar outra pessoa se transforma e se mascara no impulso suicida, uma vez postulado que o ego ama demais a si mesmo para consentir facilmente em sua própria destruição. Tal hostilidade foi desmembrada por Menninger, em acordo com a teoria de Freud de autodestruição do ego, em três componentes: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Segundo Kaplan e Sadock (1999) estudos revelaram que o isolamento social aumenta a tendência suicida em pacientes deprimidos. Ao se examinar os pacientes dos grupos do estudo – sessenta e quatro vítimas de suicídio com depressão que viviam na comunidade e cento e vinte e oito pacientes deprimidos encaminhados a serviços psiquiátricos – , os três sintomas psiquiátricos em destaque nos dois grupos eram insônia, prejuízo de memória e autonegligência. Mais que isso, foi demonstrado que “significativamente mais vítimas de suicídio com depressão haviam cometido uma tentativa anterior (41% *versus* 4%) e significativamente mais dessas vítimas eram solteiras e viviam sozinhas” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1881).

Em relação aos fatores biológicos que poderiam contribuir para o suicídio, os estudos até então realizados são pouco conclusivos. O que se tem hoje em dia são apenas resultados de estudos em pacientes psiquiátricos, principalmente em relação aos níveis de serotonina<sup>7</sup> e dopamina no Líquido Cefalorraquidiano (LCR) (KAPLAN; SADOCK, 1999)

Quimicamente, a depressão é causada por um defeito nos neurotransmissores responsáveis pela produção de hormônios como a serotonina e endorfina<sup>8</sup>, que dão a sensação de conforto, prazer e bem-estar. Quando existe algum problema nesses neurotransmissores, a pessoa começa a apresentar sintomas como desânimo, tristeza, autoflagelamento, perda do interesse sexual e falta de energia para atividades simples (ANDRADE et al, 2003. p. 4).

---

<sup>7</sup> Serotonina é o hormônio e neurotransmissor que tem como algumas de suas funções iniciar o sono e auxiliar na luta contra a depressão – comprovadamente, muitos anti-depressivos procuram elevar os níveis de serotonina no cérebro (ANDRADE et al, 2003).

<sup>8</sup> A endorfina, por sua vez, tem sua quantidade liberada de acordo com a quantidade de dopamina. Ela atua como um calmante natural, aliviando a sensação de dor. Então, em alguns casos, dependendo das concentrações de endorfina e dopamina, a dor pode ser substituída por uma sensação de prazer. (ANDRADE et al, 2003).

Com efeito, estudos indicaram que baixos níveis de serotonina no LCR poderiam estar relacionados a comportamentos suicidas mais violentas, como enforcamento, afogamento, tiros, sufocação por gás, cortes profundos (KAPLAN; SADOCK, 1999).

“Alguns investigadores relataram correlações entre níveis de serotonina no LCR e escores de agressividade durante a vida. Pacientes com transtornos depressivos e baixos níveis de serotonina no LCR têm maiores escores de hostilidade em uma variedade de aspectos” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1878).

Estes dados sugerem que alterações biológicas podem influenciar os padrões comportamentais. Considerando que, como dito, o Sistema Nervoso Central (SNC) passa por uma remodelação durante a adolescência, pode influenciar o surgimento de episódios depressivos e até o suicídio. Como o SNC ainda não se tornou aquilo que deverá ser no indivíduo adulto, fica mais vulnerável a discrepâncias de certas substâncias

O abuso de álcool e drogas pode aumentar ainda mais os casos de suicídio. Estima-se que, na população geral, cerca de 20% das vítimas de suicídio eram alcoólicas. Além disso, cerca de 80% das vítimas alcoólicas de suicídio são homens, o que nos leva a uma distribuição de casos a partir de uma proporção entre os sexos para o alcoolismo (KAPLAN; SADOCK, 1999), isto é, a maior parte das vítimas alcoólicas de suicídio são homens. Estes dados permitem uma reflexão acerca da relação de proporção entre os sexos e o alcoolismo – se são os homens que estão bebendo mais ou se as mulheres estão bebendo menos.

A dependência de drogas é um fator de risco ainda maior que o alcoolismo. “A taxa de suicídio entre viciados em heroína é 20 vezes maior que a da população geral” (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1883), o que é explicável devido, principalmente, aos efeitos do abuso da droga, como agressividade e impulsividade. Este abuso, quando associado a algum transtorno de humor, como a depressão, aumenta a tendência ao suicídio.

Relatos de pacientes aos seus psiquiatras demonstram que a maioria das tentativas de suicídio são impulsivas, ou então refletem numa vontade de assustar, vingança ou fazer com que alguém sinta remorso pela sua morte. Em suas pesquisas, Erwin Stengel relatou que até 40% dos pacientes tentavam suicidar-se para pôr fim a um estado emocional penoso.

Erwin Stengel reconheceu a função de apelo da tentativa de suicídio, que ele via como um grito de socorro. Embora não exista um traço específico de personalidade, os indivíduos que tentam o suicídio são frequentemente imaturos, egocêntricos, ansiosos, dependentes, hostis, impulsivos e têm dificuldades de relacionamento (KAPLAN; SADOCK, 1999, p. 1886).

## 5 DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA, SUPORTE FAMILIAR E A SAÚDE PÚBLICA

*"Somos duplamente prisioneiros: de nós  
mesmo e do tempo em que vivemos"*  
Manuel Bandeira

Esta discussão se firmará sobre alguns pontos centrais, a saber: os padrões da adolescência na contemporaneidade, a depressão na adolescência, a estruturação da família como suporte ao jovem deprimido e a questão da saúde pública neste contexto.

O ritmo de mudanças profundas de hábitos, padrões, necessidades, entre outros, em nossa sociedade está cada vez mais acelerado. As alterações em espaços de tempo curtos como dez anos são tão significativos que o distanciamento entre gerações parece estar se alargando e a menor diferença de idade entre dois sujeitos já representa importantes diferenças de experiências no contexto social.

O adolescente é um integrante deste corpo social, ele também vivencia estas mudanças e sofre mudanças.

O primeiro ponto a abordar é a partir de que idade, de fato, considera-se que alguém é adolescente, e não mais criança. De acordo com a YOUTH AND THE UNITED NATIONS (Juventude das Nações Unidas, tradução nossa), é considerado jovem aquele cuja idade está entre 15 e 24 anos, sendo adolescentes os que estão na faixa dos 13 aos 19 e jovens adultos os que estão entre 20 e 24 anos. A UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO) compartilha dos mesmos parâmetros que a Juventude das Nações Unidas. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a adolescência entre os 10 e 19 anos<sup>9</sup>.

Em contraste com estes parâmetros, que atuam a nível mundial, tem-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei brasileira que tem por objetivo garantir os direitos da criança e do adolescente em território nacional, que julga adolescente o indivíduo cuja idade esteja entre 12 e 18 anos.(BRASIL, 1990)

Esta disparidade ente os parâmetros pode ser devida aos diferentes costumes e características biológicas, inclusive, das diferentes populações, levando cada organismo internacional ou instituição a adotar como parâmetro o intervalo que lhe parece mais conveniente.

---

<sup>9</sup> Dados extraídos dos sites institucionais: UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, YOUTH AND THE UNITED NATIONS, WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Um dos marcadores que indicaria essa antecipação pode ser a menstruação prematura das meninas, o que, biologicamente falando, as eleva a um nível de maturação que naturalmente não se enquadraria na faixa etária delas. Por exemplo, uma menina de 9 anos ainda é considerada, tanto pelo ECA quanto pela OMS, uma criança. No entanto, se ela, nesta idade, já apresenta a primeira menstruação, biologicamente falando já não é mais uma criança, pois o corpo dela já deu o primeiro sinal de que está se adaptando e mudando em direção, principalmente, à maturação sexual e reprodutiva.

Também o ECA não poderia prolongar o período em que se considera adolescência para além dos 18 anos devido à lei que determina a maioridade penal a partir dessa idade, uma vez que se entende como necessário que essas duas leis andem juntas a fim de se manter a ordem e, inclusive, para impor limites.

Há, ainda, outros fatores que poderiam determinar a antecipação da entrada na fase da adolescência, como a mudança nos padrões de vida. Estes, entretanto, estão vinculados a uma percepção social e econômica, e não mais apenas biológica. Vive-se hoje na era da tecnologia, na qual aparelhos de última geração tais como computadores, *Ipods*, vídeos-game com gráfico de qualidade impressionante, celulares, internet de alta velocidade, entre outros, tem frequentemente tomado o lugar das antigas bonecas, carrinhos e brincadeiras de rua.

Na infância de hoje, o contato que as crianças têm com o mundo exterior agora é muitas vezes mediado pelas telas de computadores. O que se vê com isso é uma remodelação dos padrões da infância baseada no desenvolvimento tecnológico e econômico da própria sociedade. Essa remodelação pode ser positiva ou negativa. Ainda há muito que ser analisado em relação a este quesito, mas uma consequência plausível é o aumento do tempo em que ficam reclusas em suas próprias casas, longe do convívio social com outras pessoas de sua idade.

Dessa forma, não é inconcebível pensar que a depressão aparece nesses casos como um resultado, uma consequência, desses novos padrões da infância/adolescência.

A presença da depressão em uma fase tão conturbada do desenvolvimento humano dificulta ainda mais a passagem por esse processo. Esse transtorno de humor se associado à dependência de drogas e álcool, pode ainda interferir no tratamento, sem falar na probabilidade de potencializar os sintomas da depressão.

Um ponto importante a ser ressaltado é a percepção que a família tem do adolescente. Os jovens são normalmente contestadores, agitados e energéticos, porém há exceções. Em adolescentes calmos e que não falam muito a depressão pode facilmente passar despercebida pelos familiares. Como foi explicado no capítulo 3 (vide sub-capítulo 3.1), há uma série de

sintomas e comportamentos que podem auxiliar tanto na constatação da mudança de agir do jovem quanto no diagnóstico médico.

A depressão pode ser considerada na atualidade um problema de saúde, o que pode significar tanto um aumento nos casos de depressão, principalmente entre os adolescentes, quanto um fenômeno de banalização da vida.

Não raramente as pessoas confundem um comportamento mais quieto, introspectivo, com depressão. E, assim, procuram antidepressivos como cura de algo que, provavelmente, nem é transtorno psíquico, uma vez entendido que sentir-se triste é um processo natural, faz parte da vida.

A depressão, pelo que se diz, está na moda. Não somente as pessoas se dizem deprimidas com maior facilidade do que antes, como também os profissionais da saúde diagnosticam com maior frequência seus pacientes de deprimidos, ou mesmo recomendam antidepressivos para sujeitos - fóbicos, obsessivos, ou mesmo os que querem abandonar o vício do fumo - que, a rigor, nem se queixam e nem apresentam sinais clínicos de depressão (COSER, 2003, p. 10).

Dessa forma, percebe-se outro fenômeno: a medicalização da vida, diferente da medicação, na qual a administração de medicamentos é necessária em muitos casos de doença. Medicalização da vida faz referência ao uso desmedido e desnecessário de medicamentos por pessoas saudáveis. De acordo com Coser (2003), o medicamento vem em resposta justamente ao que falta ao paciente. Entretanto, um mesmo medicamento ministrado tanto em uma pessoa saudável quanto em uma pessoa com alguma síndrome não irá produzir nas duas o mesmo efeito; agirá sobre os mesmos mecanismos fisiológicos e bioquímicos em ambas as pessoas, mas o efeito nelas não será o mesmo. O paciente com transtorno apresenta a falta ou diminuição de alguma substância como dopamina e serotonina, por exemplo, quando toma o antidepressivo, tem os níveis dessas substâncias equilibrados pelo remédio, produzindo uma melhora no quadro. Já no paciente saudável, que não tem necessidade de equilibrar tais substâncias, o efeito do remédio é inócuo, produzindo no máximo um estado de sedação.

“O fato de uma determinada síndrome clínica melhorar com o uso de drogas atualmente antidepressivas não revela que sua natureza seja da ordem do que psicopatologicamente se define como depressão” (COSER, 2003, p. 65-66).

Apesar disso, como é sabido, remédios são, a rigor, drogas, e podem levar a um estado de dependência. Então, o uso desmedido e desnecessário de antidepressivos por conta dos indivíduos saudáveis pode levar a uma dependência farmacológica e, inclusive, biológica, uma vez que, acostumado a receber mais doses do que necessita de certas substâncias, o

organismo tende a diminuir a produção por ele próprio, levando a uma doença antes inexistente.

Coser (2003) faz também uma crítica a essa cultura de medicalização da vida, em que qualquer coisa é motivo para a prescrição de remédios. Muitas doenças de cunho psicológico podem ser resolvidas apenas com tratamento terapêutico, não sendo necessário que seja feita a intervenção farmacológica.

Esta visão que põe a clínica terapêutica em primeiro plano, inclusive, é reiterada pelo Ministério da Saúde no Manual de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2010), no qual é posto que os antidepressivos só devem ser utilizados em último caso quando a depressão é leve, ou então quando há recorrência da doença. O único caso em que se deve entrar energicamente e rapidamente com os antidepressivos é o de depressão grave e/ou com caráter psicótico, que necessita de um controle mais rápido e forte. No entanto, o acompanhamento com a terapêutica não é descartado em nenhum dos casos, pelo contrário, deve ser reforçado.

Por fim, há que se destacar a importância do apoio familiar a um adolescente depressivo. É de extrema importância o vínculo parental, visto que a sensação de solidão e desamparo nesse transtorno é comum. Também a família tem papel fundamental no cuidado e manejo do adolescente.

A família pode ser descrita como sendo um processo no qual ocorre o desenvolvimento psicológico do indivíduo, de um estado de fusão/diferenciação para um estado de separação/individualização cada vez maior. Este ciclo é determinado não apenas por estímulos biológicos e pela interação psicológica, mas também por processos interativos no interior do sistema familiar (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001, p. 6).

Assim sendo, é preciso que a família, para dar o apoio de que o jovem necessita, tenha uma estrutura psicológica, principalmente, firme e tenha noção de com o que está lidando. Esta noção, no entanto, ainda é falha na maioria das famílias brasileiras (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001), sendo importante que os serviços disponíveis de apoio familiar também exerçam um trabalho de educação da população quanto aos sintomas e características da depressão.

Vale ressaltar que a família brasileira está passando por uma série de mudanças profundas. Principalmente após a entrada da mulher no mercado de trabalho, que obriga a uma revisão dos papéis familiares. Os valores individuais e coletivos, relações de poder, além de estrutura e capacidade na tomada de decisões referentes à família sofreram certa alteração. O antigo regime patriarcal, quase ditatorial, das famílias foi substituído por um sistema onde supostamente todos têm voz, todos podem agir como entender melhor para o bom

funcionamento e organização da família, respeitando, porém, as regras estabelecidas para todos os integrantes.

A entrada da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, pode ser interpretada como diminuição da dedicação para os filhos e pode acabar por sobrecarregá-la, pois ainda hoje se observa nas famílias uma distribuição desigual dos afazeres domésticos, fazendo com que casos de depressão sejam mais facilmente passados despercebidos.

Diante disso, é de suma importância que a família receba um apoio, seja de instituições de apoio a famílias com casos de depressão, seja de instituições psiquiátricas, ou quaisquer outras que tenham permissão e caráter de ajuda neste sentido. Sem este apoio, não há meios de estas famílias se estruturarem para receber e lidar com os adolescentes deprimidos.

## 6 CONCLUSÃO

*“Podemos então dizer que somos livres, com a paz e o sorriso de quem se reconhece e viajou à roda do mundo infatigável, porque mordeu a alma até aos ossos dela.[...] Cada um de nós é por enquanto a vida. Isso nos baste.”*  
*José Saramago*

A adolescência é de fato um período conturbado na vida de qualquer adolescente, com intensa busca pela identidade, inserção num grupo, início dos problemas amorosos, inserção num contexto de luta política, etc. Para alguns, estes fatores não causam grandes problemas e, tão logo apareceram, se tornarão familiares e normais na vida do adolescente.

Porém há exceções, e foi sobre estas exceções que este trabalho se debruçou. Para aqueles cujas buscas e conflitos típicos da idade resultaram num processo depressivo, a vida é mais penosa, tanto psicologicamente quanto socialmente, uma vez que um reflete diretamente no outro.

A depressão se mostra como um problema mais sério e complexo do que muitos imaginam e que exige um grande dispêndio de energia psíquica por parte do adolescente. É importante, no entanto, desmistificar a ideia de só o remédio produz a cura; muito desta está relacionado ao suporte familiar e ao acompanhamento terapêutico.

O suicídio, de fato, é uma consequência um tanto assustadora, ainda mais porque raramente se sabe quando alguém está pensando em se matar ou se está elaborando algum modo de pôr fim à vida. Poucos são os casos em que o suicídio é consumado; naqueles em que a pessoa não consegue se matar, é importante um acompanhamento rígido e tratamento, aí sim com fármacos anti-psicóticos. Porém de nada adianta apenas tratar a psicose; é necessário que se estude a possível origem do problema para, enfim, tentar saná-lo.

Tendo visto estes pontos, por último é ressaltada a suma importância que o suporte familiar assume no quadro de depressão na adolescência. Estudos apontam que adolescentes com família bem estruturada têm menos chance de terem algum episódio depressivo – o que não quer dizer que eles estejam imunes –, e aqueles que apresentam depressão têm mais facilidade de se recuperar quando são apoiados pela família.

Assim sendo, é necessário que sejam desenvolvidos mais programas de auxílio a famílias com casos de depressão, para que estas tenham capacidade de cuidar e dar base para que o adolescente consiga se curar da depressão.

## REFERÊNCIA

- ANDRADE et al. **Atuação dos Neurotransmissores na Depressão**. Disponível em <<http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a6.pdf>>. Acesso 10 out. 2010.
- BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Paraná, , v. 6, n. 1, p. 49-57 jan/ jun. 2002. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3193/2556>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.21 n.2 jun. 2001. Disponível em:< [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 20 out. 2010.
- BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Natal, **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, set./dez. 2006, p. 345-351. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000300012&script=sci_arttext)>. Acesso: 20 out. 2010.
- BOTEGA, Nery José. Mais atenção à vida. São Paulo. REYNOL, Fábio. **Entrevista concedida a agência de notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, São Paulo, 26 jul. 2010b. Disponível em: <<http://www.agencia.fapesp.br/materia/12517/especiais/mais-atencao-a-vida.htm#>>. Acesso em: 17 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf) >. Acesso em: 11 nov. 2010. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 01/12/2010.
- CAMARINI, Rosana. Drogas na adolescência. REYNOL, Fábio. **Agência de notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, São Paulo, 26 ago. 2010a. Disponível em: <<http://www.agencia.fapesp.br/materia/12686/especiais/drogas-na-adolescencia.htm>>. Acesso em: 17 out. 2010.
- COSER, Orlando. **Depressão**: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DONIGER, Wendy. **Suttee**. (primeira contribuição)Encyclopedia Britannica. [20--], Disponível em: <<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/575795/suttee>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

EISENSTEIN, Evelyn; COELHO, Karla.Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: RUZZY, Maria Helena; GROSMANN, Eloísa. **Saúde do Adolescente:competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.57.(Série B. Textos Básicos da Saúde).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**. Curitiba: Positivo, 2006.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: \_\_\_\_\_. **A história do movimento psicanalítico**: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Tradução de: Themira de Oliveira Brito; Paulo Henriques Britto; Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 270-292. ( Edição Standard Brasileira, volume XIV (1914-1916).

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. A depressão na adolescência. **Psicologia em Estudos**. Maringá. v. 12, n. 2. maio/ ago. 2007. p. 257-265. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Frequently asked questions**: [faqs/q&a]. Disponível em: < <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/qanda.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Episódios depressivos. In: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. São Paulo: Edusp, 1993. p. 335-337.

PAPEZ, Joseph W. A proposed mechanism of emotion. **Arch Neurol Psychiatry**, EUA, v. 38, n.4, p. 725-43, 1937. Disponível em: < <http://archneurpsyc.ama-assn.org/>>. Acesso em: 17 out. 2010.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, vol.26, no.2, p.204-212, maio/Ago. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a10.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION(UNESCO). **UNESCO**: acting with and for youth. Disponível em: < <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/social-transformations/youth/>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health and development**. Disponível em: < [http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

ZAGURY, Tania. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1996.

ZERWES, Elizabeth Pereira. Puberdade Feminina. **Revista Médica UCPEL**, Pelotas, v. 2, n. 2, p. 27-31, 2004. Disponível em:  
<[http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2004-2/puberdade\\_feminina.pdf](http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2004-2/puberdade_feminina.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2010.

## ANEXOS

ANEXO A – Lei 10.216

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

### LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*